

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg
Direktor: Professor Dr. med. G. Hegemann

VILLÖSES ADENOM DES DICKDARMS

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
dem Fachbereich Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von
Josef Hauer
aus Mitterwasser

1977 #341

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen - Nürnberg
Direktor: Professor Dr. med. G. Hegemann

VILLÖSES ADENOM DES DICKDARMS

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
dem Fachbereich Medizin
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen - Nürnberg

vorgelegt von
Josef Hauer
aus Mitterwasser

Gedruckt mit Erlaubnis des Fachbereiches Medizin
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan : Prof. Dr. E. Rügheimer
Referent : Prof. Dr. R. Flesch
Korreferent : Prof. Dr. G. Hegemann

Tag der mündlichen Prüfung: 29.9.1977

G L I E D E R U N G

Die Bedeutung des villösen Adenoms

Teil I Spez. Betrachtung aller villösen Adenome bezüglich

- a) Alters des Patienten
- b) Anamnese
- c) Operation
- d) Sitz (Höhe)
- e) Größe
- f) Verkrebsung
- g) Histologie

Teil II Rezidive

- a) Zeitliche Differenz
- b) Alter des Patienten
- c) Anamnese
- d) Größe
- e) Histologie

Zusammenfassung



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548225_0040

V I L L Ö S E S A D E N O M

Das villöse Adenom wird zu den gutartigen Tumoren des Dickdarms gerechnet. Innerhalb dieser Gruppe nimmt es der Häufigkeit nach den zweiten Rang ein, wie eine Untersuchung an 200 Patienten ergab. Im einzelnen verteilten sich die Tumore wie folgt:

Zu 60 % traf man polypöse Adenome an, zu 25 % villöse Adenome und der Rest verteilte sich gleichmäßig auf drüsig papilläre Tumore und Hamartome.

Das villöse Adenom mit seiner starken Neigung zur Verkrebsung ist Gegenstand der nachfolgenden Untersuchung.

Dieser Arbeit liegen Unterlagen von Patienten der chirurgischen Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg zu Grunde. Die Recherchen beziehen sich auf 110 stationär behandelte Personen mit dem Krankheitsbild: Villöses Adenom. Der Zeitraum der Untersuchung erstreckte sich auf die Jahre von 1970 - 1974.

In der Altersstruktur zeigte sich ein gehäuftes Auftreten dieser Krankheit bei älteren Leuten. Besonders 60-jährige sind hiervon betroffen, während Leute unter 30 Jahren an villöse Adenome kaum erkranken. Auf der Skala der Altersabhängigkeit stehen an zweiter Stelle Leute mit 50 Jahren. Erst dann folgen die 70-jährigen, wobei jedoch der geringere Anteil dieser Altersgruppe in der Gesamtbevölkerung berücksichtigt werden muß. Unter diesem Gesichtspunkt läßt sich eine tendenziöse Gefährdung älterer Leute feststellen, wie auch das hohe Durchschnittsalter von 61,6 Jahren zeigt.

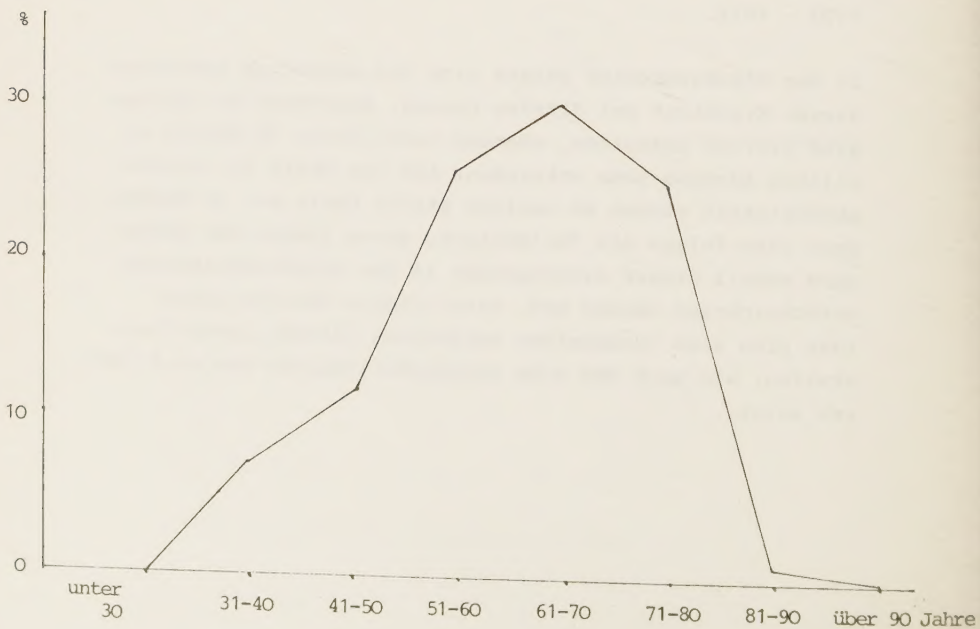
Alter der Patienten

Durchschnittsalter:

61,6 Jahre

<u>Jahre</u>	<u>%</u>
unter 30	0,0
31 - 40	7,3
41 - 50	11,8
51 - 60	25,5
61 - 70	30,0
71 - 80	24,5
81 - 90	0,9
über 90	0,0

Altersstruktur



Von unseren Patienten waren 63 (57,3 %) Frauen und 47 (42,7 %) Männer.

Als Grund für den Besuch beim Arzt gaben zwei von fünf Patienten Blut oder Schleim im Stuhl bzw. Nachblutungen an. Vergleichsweise selten dagegen diente der Schmerz als Indiz für dieses Adenom, denn nur jeder 10. Patient klagte über Unterleibsschmerzen, Druck oder gar kolischen Schüben. Öfter dagegen, nämlich bei 14,1 % oder jedem 7. Patienten wurde man per Zufall auf diesen Tumor aufmerksam: Im Zusammenhang mit der Behandlung von gleich oder ähnlich lokalisierten Krankheiten (Hämorrhoiden, Polyp, Prolaps) stieß man auf ein Adenom. Manchmal führten auch Vorsorge- und Nachuntersuchungen zur Aufdeckung des Tumors (4,2 %).

Bei den übrigen Patienten traten Beschwerden in recht unterschiedlichen Formen auf: Zu etwa gleichen Anteilen waren Diarrhoe, Tenesmen und Obstipation vertreten, genauso aber auch Jucken und Brennen in der Analgegend. Für den bei 7 % der Fälle auftretenden Gewichtsverlust zeichnet, wie der fast identische Prozentsatz zeigt, die chronische Diarrhoe verantwortlich. Die aufgezählten Beschwerden waren teilweise auch noch anderweitig gepaart: Besonders häufig traten Blut im Stuhl und zugleich Stuhlunregelmäßigkeiten auf, genauso aber auch Schmerzen in Verbindung mit Blutungen. Völlig beschwerdefrei waren bis zur Operation lediglich zwei Patienten.

Anamnese:

Blut und Schleim im Stuhl	42,5 %
Zufälliger Befund bei Behandlungen	14,1 %
Schmerzen	10,0 %
Jucken und Brennen	4,2 %
Diarrhoe	6,7 %
Gewichtsverlust	
bis 2 kg	1,7 %
über 2 kg	4,2 %
Tenesmen	4,2 %
Ostipation	3,3 %
bei Vorsorgeuntersuchung entdeckt	4,2 %
ohne Beschwerden	1,7 %

Die Adenome konnten in ihrer Mehrheit von rektal her abgetragen werden. Bei 40 % der Fälle war aber Laparatomie nötig; nicht weil der Tumor zu hoch saß, sondern weil meist wegen bereits eingetretener Verkrebsung größere Stücke des Darmes reseziert werden mußten.

Operation:

von rektal	60,3 %
von abdominal	39,7 %

In der Angabe über den Ort des Adenoms zeigt sich eine deutliche Konzentration auf ein bestimmtes Gebiet:
Zwischen 5 und 17 cm lagen 80 %. Der restliche Teil fand sich vorwiegend im umliegenden Bezirk oberhalb und unterhalb dieser Grenze. Nur jeden 20. Polyp traf man in einer Höhe über 24 cm an.

Sitz (Höhe)

bis 4 cm	8,0 %
5 - 8 cm	31,6 %
9 - 12 cm	28,2 %
13 - 17 cm	19,4 %
18 - 24 cm	7,2 %
über 24 cm	5,6 %

Diese Adenome erreichten mehrheitlich Pflaumen- und Kirschgröße. Lediglich zwei v.H. wuchsen bis zur Größe einer Mannesfaust heran. Auch Abweichungen in Gestalt einer großflächigen, rasenbeetartigen Vorwölbung wurden häufiger beobachtet (7 %).

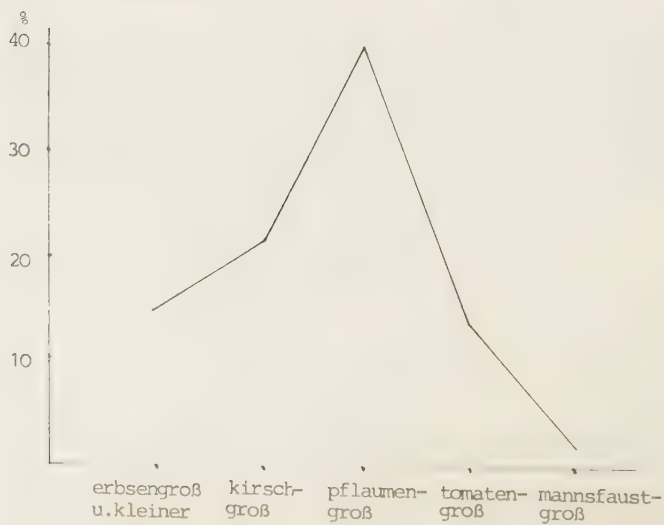
Durchmesser (Größe)

erbsengroß und kleiner	15 %
kirschgroß	22 %
pflaumengroß	40 %
tomatengroß	14 %
mannsfaustgroß	2 %
großflächige Vorwölbung	7 %

Sitz (Höhe)



Durchmesser



Die Ergebnisse der histologischen Untersuchungen bestätigten die Bedeutung, die man diesen Adenomen wegen der Gefahr einer malignen Entartung zumißt. Bei einem Viertel der Fälle waren die Adenome bereits verkrebst, wobei diese Entartung in zwei von drei Fällen auch schon auf die angrenzende muscularis mucosae bzw. submucosa übergegriffen hatte.

Histologie

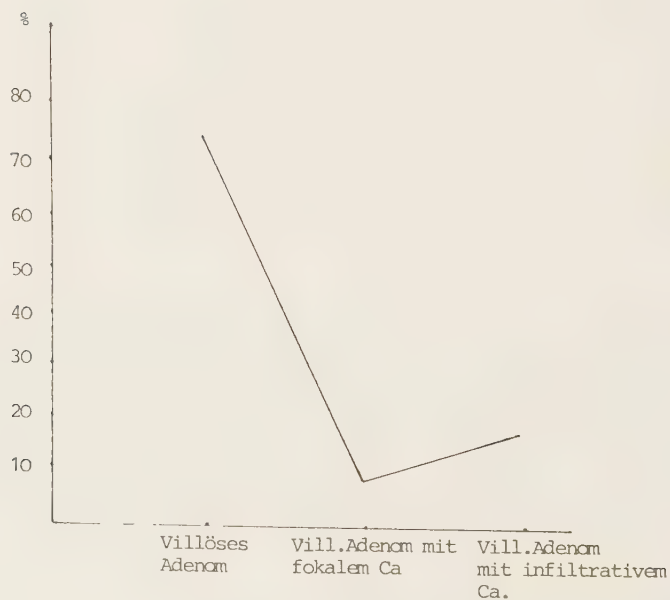
Villöses Adenom	74,1 %
Villöses Adenom mit fokalem Ca	8,6 %
Villöses Adenom mit infiltrativem Ca	17,3 %

Besonders bei den 60-jährigen nahm die Malignität überhand. Fast jeder zweite Patient, bei dem eine Verkrebsung festgestellt wurde, befand sich in diesem Alter. Der hohe Anteil von 70-jährigen läßt die Vermutung zu, daß bösartige Tumore sich gern im hohen Alter manifestieren. Bei Leuten unter 50 Jahren wurde dagegen eine Verkrebsung in unserem Krankengut nicht beobachtet.

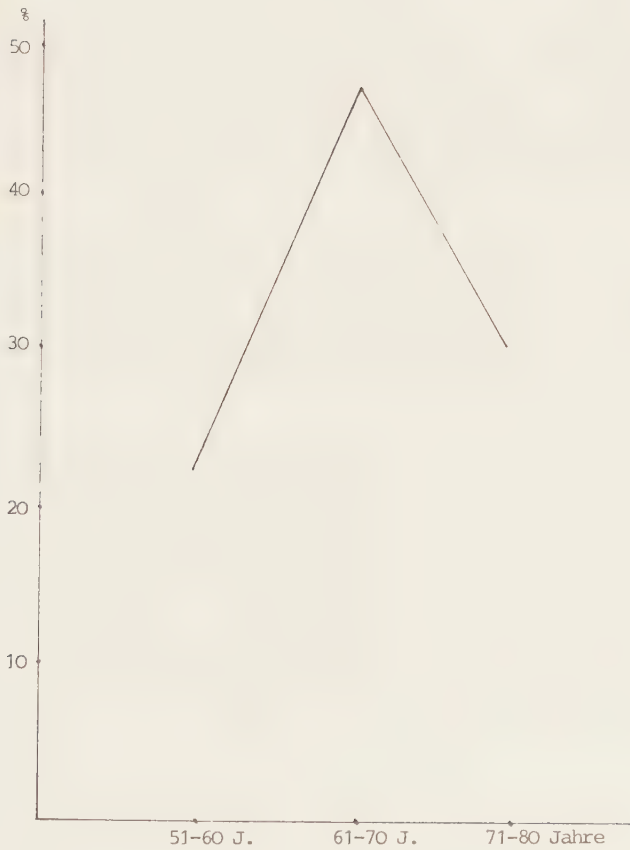
Altersstruktur bei den verkrebssten Fällen

51 - 60 Jahre	22,2 %
61 - 70 Jahre	47,2 %
71 - 80 Jahre	30,6 %

Histologie (Verkrebsungstendenz)



Altersstruktur bei Verkrebsung



Die Verkrebsung des Adenoms geht in toto vor sich. Ganz unbestritten jedoch bleibt diese Annahme nicht, zumal Stadien des villösen Adenoms beobachtet wurden, in denen lediglich Teilbezirke des Tumors Entartungen aufwiesen, während der Rest (noch) völlig gutartig war.

In beiden Fällen zeigte sich dem Pathologen doch die Neubildung in Form eines zahlenmäßigen Anwachsens der Zellkerne, die vergrößert, hypochromatisch und unterschiedlich in Größe und Gestalt sind, darüber hinaus noch verstärkt Mitoseformen zeigen (auch abnorme) ¹⁾.

Von einer Malignität im eigentlichen Sinne läßt sich in unserem Fall - abgesehen vom focalen Ca - erst sprechen, wenn die Infiltration die Submucosa bereits ergriffen hat. Innerhalb der Familie der Colon- und Rektum-Adenome verschuldet das villöse am häufigsten dieses maligne Vordringen in die Darmwand ¹⁾.

Für die Entartung spielt auch die Größe des Tumors eine entscheidende Rolle, denn vergrößerte Geschwulste sind bevorzugte Krebsherde. Genaueren Aufschluß hierüber gibt der relative Zahlenvergleich innerhalb jeder Größe, wenn also innerhalb einer Größeneinheit der prozentuale Anteil der aufgetretenen Adenome mit den verkrebsten verglichen werden. Wird der Quotient größer als Eins, so liegt eine überdurchschnittliche Verkrebsung vor.

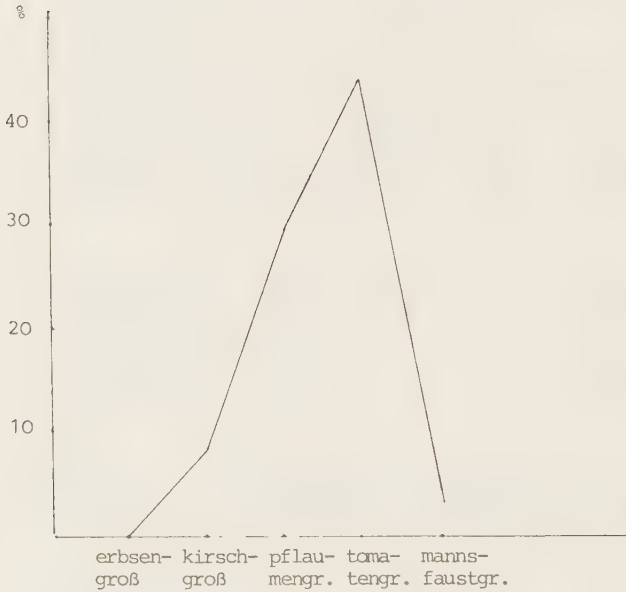
Verkrebsung in Abhängigkeit von der Größe

erbsengroß	0,00 %
kirschgroß	8,60 %
pflaumengroß	29,10 %
tomatengroß	43,50 %
mannsfaustgroß	4,30 %
großfl.Vorwölbung	4,30 %

Entartete Adenome je Größe (%)
Sämtliche Adenome je Größe % =

erbsengroß	0,00
kirschgroß	0,39
pflaumengroß	0,72
tomatengroß	3,10
mannsfaustgroß	2,15
großfl.Vorwölbung	0,61

Verkrebsung im Vergleich zur Größe



Bei den stationär behandelten Patienten traten zu 5,5 % an der ersten Abtragungsstelle neue Adenome desselben Typs auf, die man der Definition nach als Rezidive bezeichnen kann, selbst wenn sich letztlich nicht eindeutig nachweisen läßt, daß die Ursprungszellen des neuen Tumors auch tatsächlich aus Restzellen des entfernten Gewächses entstanden sind.

Das Auftreten von neuen Tumoren wurde fast immer kurz nach der ersten Operation festgestellt. Bei 2/3 der Fälle zeitigte sich schon nach einem Monat ein positives Ergebnis bei der Nachuntersuchung, während sich beim restlichen Drittel erst nach zwei Monaten bzw. 12 Monaten ein Rezidiv herausstellte.

Erste Operation vor:	4 Wochen	66,6 %
	2 Monaten	16,7 %
	12 Monaten	16,7 %

Das besonders gefährdete Alter lag wiederum zwischen 60 und 70 Jahren, was an sich nicht verwundert, da doch auch die Ersterkrankung in dieser Altersgruppe am ausgeprägtesten war. Berücksichtigt man nun ebenfalls die zahlenmäßig unterschiedliche Häufung dieses Gewächses bei den Altersklassen, so verfestigt sich der zunächst gewonnene Eindruck mit der Ausnahme, daß die Rezidive bei den 70-jährigen unterdurchschnittlich auftreten.

Das Bild wird jedoch durch die in diesem Alter steigende Sterbequote etwas verfälscht, so daß manche Patienten nicht mehr erfaßt werden konnten. Auffallend ist der hohe Anteil von 50-jährigen bei den Rezidiven.

Altersstruktur:	Jahre:	
	51 - 60	33,3 %
	61 - 70	50,0 %
	71 - 80	16,7 %

<u>Alter durch Rezidivfälle in %</u>	=	
<u>Altersstruktur aller Fälle in %</u>		
	51 - 60	1,30
	61 - 70	1,66
	71 - 80	0,68

Wie im ersten Fall zeigten sich die Beschwerden vor allem in Form von Blut- und Schleimbeimengungen im Stuhl. Eine Nachuntersuchung erzwangen die Schmerzen bei jedem vierten Patienten. Nur der reinen Prophylaxe wegen, und in der Regel beschwerdefrei, suchten ebenfalls 25 % der erfaßten Fälle erneut den Arzt auf. Der Gewichtsverlust, als Hinweis für das neue Aufleben des Tumors war auch diesmal ohne größere Bedeutung.

Anamnese:

Blut, Schleim	37,5 %
Schmerz	25,0 %
Nachuntersuchung (kaum Beschwerden)	25,0 %
Gewichtsverlust	12,5 %

In der Größe zeigte sich, bedingt durch die ständige Kontrolle und Überwachung des Patienten ein deutlich anderes Bild als bei den ersten Fällen. Über das Ausmaß einer Kirsche konnte nur selten ein Adenom heranwachsen bis es entfernt wurde.

Größe:

Pflaumengröße	16,7 %
Kirschgröße	83,3 %

Die Histologie bestätigte immer eine Übereinstimmung mit dem ersten Fall. Bis auf eine Ausnahme handelte es sich dabei um gutartige Geschwulste. Der eine maligne Tumor wurde bei der zweiten Operation zusammen mit dem angrenzenden, mittlerweile infiltrierten Darmstück entfernt.

Histologie:

entsprechend dem ersten Fall 100 %

Fast alle Patienten mit einem Rezidiv willigten einer erneuten Operation ein. Lediglich bei einem Fall ist eine Ablehnung bekannt, die das hohe Alter begründet.

Zusammenfassung

Dem villösen Adenom - ein gutartiger epithelialer Tumor des Dickdarms - kommt seine Bedeutung wegen der auffallend hohen Entartungsrate zu. Wie die Recherchen an 110 Patienten der chirurgischen Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg aus den Jahren 1970 - 1974 ergaben, lag bereits bei jedem vierten Fall eine Verkrebsung vor. Insbesondere bei Leuten über 50 Jahren trat dieses Geschwulst auf, das vornehmlich durch Blut- und Schleimbeimengungen im Stuhl aufmerksam machte.

Da dieses Adenom nur selten Schmerzen verursachte, verwundert nicht, daß es mehrheitlich bis über die Größe einer Pflaume heranwachsen konnte ohne entdeckt zu werden. Es saß meist zwischen 5 und 17 cm an der Darmwand auf, in einer Höhe also, die eine überwiegend rektale Abtragung ermöglichte.

Die Aufschlüsselung der verkrebsten Fälle ergab eine hohe Quote an 60- und 70-Jährigen, bei denen sich nur überdurchschnittlich große Adenome fanden.

Die Nachuntersuchung der operierten Fälle führte bei jedem 20. Patienten ein Rezidiv zu Tage. Betroffen war wieder besonders die Altersklasse der 60-Jährigen. Da die erste Operation meist nur ein paar Wochen zurücklag, konnte kaum ein Tumor größer als eine Kirsche werden.

Die Beschwerden äußerten sich diesmal vermehrt in Form von Schmerzen. Die Histologie bot bei dem Rezidiven ständig eine Übereinstimmung mit dem ersten Fall. Dies berechtigt zur Annahme, daß es sich tatsächlich um Rezidive handelte und nicht um ein neues Adenom.

Literatur

- I., Ackermann,Rosi:Surgical Pathologie,5.Aufl.,
The C.V.Mosby Company,St.Louis 1974(456-480)
- 2., Bacon,Eisenberg:Papillary adenoma or villous
tumors of the rectum and colon,ann.surg.174:
1002-1008, 1971
- 3., L.Demling:klin.Gastronenterologie,Bd.I,Thieme
Stuttgart 1973(432-451)
- 4., Doerr,Seifert,Uehlinger:Spez.path.Anatomie
Bd.II,Springer Heidelberg 1976(748-767)
- 5., Ewing:Villous tumours of the rectum,
ann.R.Coll.Surg.Engl.,6:413-441,1950
- 6., E.Grundmann:Handbuch der allgem.Pathologie
Bd.VI.Springer Heidelberg 1976(748-767)
- 7., Gülzow,Koelsch,Kuntzen:Gastroenterologie,
4., Aufl. Gustav Fischer,Stuttgart 1974(412-420)
- 8., Morson,Dawson:Gastrointestinal Pathologie
William Clowers & sons Limited , London 1974(522-573)
- 9., Ramirez,Culp,Jackmann and Dockerty:
Villous tumours of the lower part of the large bowel,
J.A.M.A.194:121-125,1965
- 10., Southwood,W.F.W.:Villous tumours of the large
intestine,their pathogenesis,symptomatology,
diagnosis and management.Ann.roy.coll.surg.30:23,1962
- II., Wheat,and Ackermann,Millous adenoms of the
large intestine.Chlinicopathologie,evaluation of
50., cases of villous adenoms with emphasis on treatment,
ann.surg. 147:476,1958

L E B E N S L A U F

geboren am: 25. Mai 1951 in Mitterwasser (Passau)

Vater: Richter

Mutter: Hausfrau

Schulbildung: Volksschule 1957 - 1962

Gymnasium 1962 - 1971

Universität: Tiermedizin 1971 - 1973 (München)

Zahnmedizin 1973 - 1974 (Kiel)

Zahnmedizin 1974 - 1977 (Erlangen)

Examen: Juli 1977

Verheiratet: seit Juni 1974

Copy-Center 2000
852 ERLANGEN · Obere Karlstr. 30
Tel. 09131-26197